

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**HELENA MIELLE MOLINA
ISABELLE FERNANDA ZANIN
JÚLIA DE CARVALHO TAVEIRA
LAÍS PIERINI FERREIRA CUSTÓDIO
LÍVIA SIMÕES SANTANA
MARIA IZABEL MARIM PITA DUARTE
ROSA MARIA DOS SANTOS**

**CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO PARA A
AUTONOMIA MATERNA E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

**Ribeirão Preto
2021**

**HELENA MIELLE MOLINA
ISABELLE FERNANDA ZANIN
JÚLIA DE CARVALHO TAVEIRA
LAÍS PIERINI FERREIRA CUSTÓDIO
LÍVIA SIMÕES SANTANA
MARIA IZABEL MARIM PITA DUARTE
ROSA MARIA DOS SANTOS**

**CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO PARA A
AUTONOMIA MATERNA E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso de Fisioterapia apresentado ao Centro Universitário Barão de Mauá para cumprimento das exigências parciais para a obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Dra. Elaine Cristine Lemes Mateus de Vasconcelos

Ribeirão Preto

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

C782

Contribuição da fisioterapia na assistência ao parto para a autonomia materna e enfrentamento da violência obstétrica: revisão narrativa de literatura / Helena Mielle Molina; Isabelle Fernanda Zanin; Júlia de Carvalho Taveira; Laís Pierini Ferreira; Lívia Simões Santana Custódio; Maria Izabel Marim Pita Duarte; Rosa Maria dos Santos - Ribeirão Preto, 2021.

43p.

Trabalho de conclusão do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá

Orientador: Dr. Elaine Cristine Lemes Mateus de Vasconcelos

1. Violência obstétrica 2. Parto 3. Fisioterapia I. Molina, Helena Mielle II. Zanin, Isabelle Fernanda III. Taveira, Júlia de Carvalho IV. Ferreira, Laís Pierini V. Custódio, Lívia Simões Santana VI. Duarte, Maria Izabel Marim Pita VII. Santos, Rosa Maria dos VIII. Vasconcelos, Elaine Cristine Lemes Mateus de IX. Título

CDU 615.8

Bibliotecária Responsável: landra M. H. Fernandes CRB⁸ 9878

**HELENA MIELLE MOLINA
ISABELLE FERNANDA ZANIN
JÚLIA DE CARVALHO TAVEIRA
LAÍS PIERINI FERREIRA CUSTÓDIO
LÍVIA SIMÕES SANTANA
MARIA IZABEL MARIM PITA DUARTE
ROSA MARIA DOS SANTOS**

**CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO PARA A
AUTONOMIA MATERNA E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro Universitário
Barão de Mauá para cumprimento das
exigências parciais para a obtenção do
título de bacharel em Fisioterapia.

Data de aprovação: 19/10/2021

BANCA EXAMINADORA

Dra. Elaine Cristine Lemes Mateus de Vasconcelos
Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto

Dra. Paola Marini Valério
Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto

Me. Letícia Holtz Barbosa Motta
Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto

**Ribeirão Preto
2021**

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, pelo dom da vida e privilégio de ter nos proporcionado saúde, força, proteção e perseverança para superarmos os momentos difíceis enfrentados em meio à pandemia da Covid-19, e ainda sim concretizar o nosso sonho de tornarmos fisioterapeutas e realizarmos o nosso trabalho de conclusão de curso.

Aos nossos pais e familiares, que com muito zelo nos apoiaram e incentivaram a cada momento dessa trajetória, nos amparando e não permitindo que desistíssemos deste grande sonho.

Aos nossos mestres e professores do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá, que através de todos os ensinamentos dedicados nestes anos, permitiram que fosse realizado este trabalho.

À nossa orientadora Prof^a. Dra. Elaine Cristine Lemes Mateus de Vasconcelos, que durante o período de elaboração deste trabalho nos acompanhou com tamanha dedicação dia a dia, proporcionando todo auxílio necessário para conclusão do mesmo.

Agradecemos também à nossa coordenadora do TCC, Prof^a. Leticia Holtz Barbosa Motta pelo suporte, correções e incentivos a nós voltados.

A coordenação do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá, Prof^a. M.^a Simone de Souza Belluzzo e Prof. M.e Everaldo Encide de Vasconcelos, pela compreensão e auxílio sempre a nós fornecidos nestes quatro anos.

Enfim, agradecemos a todas as pessoas que fizeram parte desta etapa decisiva de nossas vidas.

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica é todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas. A atuação fisioterapêutica pode contribuir para a humanização da assistência obstétrica, contrapondo as práticas caracterizadas como violência obstétrica. **Objetivo:** Realizar uma revisão narrativa de literatura a fim de identificar a contribuição da fisioterapia na assistência ao parto para a autonomia materna e enfrentamento da violência obstétrica. **Métodos:** Estudo do tipo revisão narrativa de literatura, no qual foram incluídos artigos publicados na íntegra, sem restrição quanto ao desenho metodológico e data de publicação, na língua inglesa e portuguesa, que retratavam a contribuição da fisioterapia na assistência ao parto para autonomia materna e no enfrentamento da violência obstétrica. A revisão de literatura incluiu artigos científicos, monografias, dissertações, teses e publicações do Ministério da Saúde. As bases de dados consultadas foram: Pubmed, Scielo e Lilacs. **Resultados:** O fisioterapeuta insere-se no contexto da humanização da assistência obstétrica como um profissional que oferece suporte às demandas e especificidades da parturiente, sendo contrário às ações caracterizadas como violência obstétrica. Baseados em evidências científicas, diversos recursos terapêuticos estão disponíveis para serem agregados aos cuidados disponibilizados à mulher na assistência obstétrica: deambulação, adoção de posturas verticais, liberdade de posição e movimento, exercícios respiratórios, eletroterapia, massagens terapêuticas, banhos quentes e crioterapia, que atuam no controle da dor, auxiliam no relaxamento da parturiente e favorecem a progressão do trabalho de parto. **Conclusão:** A atuação do fisioterapeuta no processo de parto e nascimento contribui para a humanização da assistência obstétrica e, conseqüentemente, na redução de práticas caracterizadas como violência obstétrica, pois colabora para tornar o ambiente agradável e respeitoso, favorece a autonomia da parturiente e fortalece a qualidade da assistência obstétrica.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Parto. Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is any act practiced by a member of the health team, the hospital or third parties, in disagreement with the regulatory norms, or that verbally or physically offends the pregnant, parturient, or postpartum women. The physiotherapeutic performance can contribute to the humanization of obstetric care contrasting practices characterized as obstetric violence. **Objective:** To carry out a narrative literature review to identify the contribution of physiotherapy to women's autonomy in the process of delivery and birth and in coping with obstetric violence. **Methods:** A narrative literature review study was performed. Were included articles published in full, without restriction as to the methodological design, period of publication, English or Portuguese language, which related the contribution of physical therapy in women's autonomy in the delivery process, birth, and coping with obstetric violence. The literature review included scientific articles, monographs, dissertations, theses, and the Ministry of Health publications. The databases consulted were: Pubmed, Scielo, and Lilacs. **Result:** The physiotherapist is inserted in the context of the humanization of obstetric care as a professional who supports the demands and specificities of the parturient, being contrary to actions characterized as obstetric violence. Based on scientific evidence, several therapeutic resources are available to be added to the women in obstetric care: walking, adopting vertical postures, freedom of position and movement, breathing exercises, electrotherapy, therapeutic massages, hot baths, and cryotherapy, which act to control pain, help the mother to relax and help in the progression of labor. **Conclusion:** The role of the physiotherapist in the delivery and birth process contributes to the humanization of obstetric care and, consequently, in the reduction of practices characterized as obstetric violence, as it helps to make the environment pleasant and respectful, favors the autonomy of the mother and strengthens the quality of obstetric care.

Keywords: Obstetric violence. Childbirth. Physiotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIMS	Atenção Integral à Saúde da Mulher
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
SUS	Sistema Único de Saúde
TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3 MÉTODOS.....	12
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1 Evolução histórica do parto.....	13
4.2 Principais tipos de parto.....	14
4.2.1 Parto normal.....	14
4.2.2 Parto cesário.....	15
4.2.3 Parto a fórceps.....	16
4.2.4 Parto humanizado.....	17
4.3 Violência obstétrica.....	18
4.4 Humanização da saúde, assistência ao parto e legislação pertinente.....	21
4.4.1 Breve histórico da humanização da saúde.....	21
4.4.2 Humanização da assistência ao parto.....	22
4.4.3 Implantação do parto humanizado nos serviços de saúde.....	23
4.4.4 Legislação pertinente ao parto humanizado.....	24
4.5 A pandemia da Covid-19 e a violência obstétrica.....	26
4.6 A atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto.....	26
4.6.1 Deambulação e adoção de posturas verticais.....	28
4.6.2 Fisioterapia respiratória.....	29
4.6.3 Eletroterapia.....	29
4.6.4 Massoterapia.....	30
4.6.5 Banho quente.....	30
5 DISCUSSÃO.....	32
6 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

É evidente que o momento do parto é uma experiência incomparável e extremamente importante na vida de uma mulher; contudo, as discussões sobre as circunstâncias nas quais eles ocorrem não são muito abordadas. Esperado e planejado por muitas, o parto deve ser agradável, acolhedor e menos doloroso possível para cada parturiente (COELHO; ANDRADE; ALMEIDA, 2020).

A partir do momento em que o parto foi retirado do ambiente domiciliar, passou a não ser mais visto como um evento natural e fisiológico, excluindo a mulher como principal atuante deste processo (BRENES, 1991; SANTOS, 2016).

Infelizmente, sabemos que violência obstétrica no Brasil ainda está presente em algumas circunstâncias. Descreve-se pelo Projeto de Lei nº 7.867, de 2017, Artigo 3º “Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas” (BRASIL, 2017). Em 2014, a violência obstétrica foi reconhecida como um quesito de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, por atingir diretamente as mulheres e seus bebês (LANSKY *et al.*, 2019).

De acordo com Fiorotti *et al.* (2018) e Pinheiro *et al.* (2020), a violência contra a mulher em todas as fases de seu ciclo vital é um fato preocupante a ser enfrentado em termos de saúde pública. Por isso, o período gestacional, onde a mulher tem o aumento da fragilidade física e emocional, exige uma atenção maior por parte dos serviços de saúde prestados pelos profissionais de saúde para evitar agravos psicológico, sexual e físico para a mãe e a criança.

Segundo Lansky *et al.* (2019), pode-se caracterizar como violência obstétrica ações como: assistência tardia; rejeições de internações nos serviços de saúde; cuidado negligente; não administração de analgésicos quando solicitado; maus tratos físicos, verbais e/ou psicológicos; desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas da mulher; realização de procedimentos de maneiras autoritárias ou não consentidas; detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, entre outras. Inclui também a não utilização de procedimentos recomendados, assim como, a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou ultrapassados e que podem causar dano quer seja à mulher ou à criança.

A partir de uma reflexão, Pereira (2004) e Mendes (2018) afirmaram que a mulher nas instituições de saúde ainda pode ser vítima tanto da violência institucional como da violência de gênero. Segundo os autores, esse aspecto se justifica pela inserção da mulher em um contexto de sociedade ocidental onde há a predominância masculina, provocando alterações na estrutura da assistência à saúde da mulher. Neste cenário, ao se submeter aos cuidados de uma maternidade, a mulher passa a ser tratada como um objeto, entregando seu corpo e suas escolhas nas mãos do conhecimento e condutas de outra pessoa, em nome da ciência.

Os estudos conduzidos por Schraiber e d'Oliveira, (1999) e Mendes (2018) referem que, a partir da década de 90, o sistema de saúde passou a tratar da violência obstétrica impulsionado pelo movimento feminista que argumentava especialmente sobre a violência e a saúde da mulher. Nesta perspectiva, estabeleceu-se a coparticipação com o Estado, tendo a finalidade de elaborar políticas públicas referentes a essas causas.

As políticas públicas voltadas à saúde da mulher consideram que a humanização da assistência ocorre em defesa de uma nova concepção, na qual os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos ao mesmo tempo em que a privacidade e a autonomia materna devem ser preservadas. Em contrapartida, as intervenções desnecessárias devem ser evitadas, como a tricotomia; enema; desestímulo à escolha da mulher pela posição e ambiente em que deseja parir; e a restrição imposta quanto à qualquer deambulação e liberdade de movimento. A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2001).

Nesse âmbito, Dutra e Meyer (2007) complementam que o objetivo da assistência humanizada é promover o mínimo de intervenções durante o trabalho de parto e garantir um parto respeitoso, em que a equipe reconhece o valor daquele momento para a mãe, realizando somente os procedimentos necessários, num ambiente agradável, onde a mulher se sinta segura e com pessoas de confiança.

Desse modo, a humanização da assistência ao parto e ao puerpério implica, principalmente, a atuação do profissional em respeitar os aspectos de sua fisiologia, adotar uma conduta acolhedora e respeitosa, reconhecer os aspectos

sociais e culturais do parto e nascimento, oferecer o necessário suporte emocional à mulher e sua família, e não intervir com condutas desnecessárias (DIAS; DOMINGUES, 2005). As orientações passadas pela equipe multiprofissional à gestante devem abordar o desconforto próprio do período gestacional e maneiras de aliviá-lo, aspectos emocionais, exercícios de relaxamento, nutrição adequada, ganho ponderal, sexualidade, preparo para o parto, entre outros (PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015).

Diante deste contexto, o fisioterapeuta, profissional da área da saúde intrinsecamente ligado ao cuidado e à promoção da saúde, está ganhando cada vez mais espaço para a atuação neste cenário, pelos bons resultados e evidências científicas que norteiam sua atuação. Portanto, deveria estar inserido na equipe multiprofissional que acompanha a mulher durante o processo parturitivo, visando intervir em seu benefício com todos os seus saberes acerca da diminuição da dor no trabalho de parto por meio do emprego de recursos não farmacológicos, bem como no parto em si (CRUZ *et al.*, 2020).

São muitos os recursos fisioterapêuticos disponíveis, sendo estes, exercícios respiratórios, termoterapia, eletroterapia, massoterapia, auxílio na alternância de posicionamentos, estímulo à deambulação e exercícios com a bola suíça. É essencial que o fisioterapeuta se aprimore e se reconheça com capacidades para atuar em prol deste processo. Desse modo, as intervenções propostas pelo fisioterapeuta são de caráter não farmacológico, que visam aliviar a dor no trabalho de parto, além de otimizá-lo com a utilização da cinesioterapia e do conhecimento biomecânico. Desse modo, contribui para deixar a parturiente o mais livre possível para vivenciar esse momento tão peculiar, apoiando-a em suas necessidades e desejos que emergirem, fazendo com que ela recupere o domínio sobre o seu próprio corpo e a autonomia necessária para experienciar intensamente o seu parto (BAVARESCO *et al.*, 2011.; CRUZ *et al.*, 2020; ROCHA *et al.*, 2017).

Com essa explanação, fica evidente que a atuação fisioterapêutica contribui para a humanização da assistência obstétrica, contrapondo, por conseguinte, as práticas caracterizadas como violência obstétrica. Portanto, justifica-se a necessidade e relevância de se empreender um estudo cujo tema é atual, pertinente e essencial para a área de saúde da mulher, no sentido de identificar a contribuição da fisioterapia na autonomia da mulher no processo de parto e nascimento e no enfrentamento da violência obstétrica.

2 OBJETIVOS

A seguir, os objetivos do presente estudo.

2.1 Objetivo geral

Realizar uma revisão narrativa de literatura a fim de identificar a contribuição da fisioterapia na assistência ao parto para a autonomia materna e enfrentamento da violência obstétrica.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a evolução histórica do parto;
- Relatar os principais tipos de parto;
- Descrever a violência obstétrica;
- Explicar sobre a humanização da saúde, assistência ao parto e legislação pertinente;
- Relacionar a pandemia da Covid-19 com a violência obstétrica;
- Explicar a atuação fisioterapêutica no trabalho de parto.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo revisão narrativa de literatura sobre como a fisioterapia pode contribuir na assistência ao parto para a autonomia materna e enfrentamento da violência obstétrica.

O processo de desenvolvimento do estudo seguiu as seguintes etapas: definição do tema; levantamento da questão de pesquisa; escolha dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; coleta de dados; leitura dos títulos e resumos, seleção dos artigos que corroboram com a proposta de pesquisa; construção de fichamentos; síntese das informações extraídas dos artigos analisados; e realização da discussão dos dados.

Para contemplar essas etapas, foi realizada uma ampla busca na literatura, no período de fevereiro a setembro de 2021. Foram consultadas as bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, utilizando as seguintes palavras-chave em várias combinações: violência obstétrica, humanização, parto e fisioterapia.

Como critérios de elegibilidade, foram incluídos artigos publicados na íntegra, na língua inglesa e portuguesa, sem delimitação quanto ao desenho metodológico e data de publicação, que retratavam a temática abordada neste estudo e respondiam à questão de pesquisa. Também foram utilizadas monografias, dissertações, teses e publicações do Ministério da Saúde relacionadas ao assunto de investigação. Foram excluídos artigos repetidos nas bases de dados e publicações somente de resumos. Após a seleção do material, procedeu-se a elaboração da síntese e a discussão das informações levantadas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Segue a revisão de literatura quanto à evolução histórica do parto; principais tipos de parto; violência obstétrica; humanização da saúde, assistência ao parto e legislação pertinente; pandemia da Covid-19 e a violência obstétrica; e atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto.

4.1 Evolução histórica do parto

A especialidade de Obstetrícia surgiu na Europa, no século XIX, nas faculdades de Medicina, onde a mulher era vista como objeto de estudo científico, no qual apenas gravidezes patológicas interessavam aos cirurgiões (MARTINS, 2005). No Brasil, em 1808, foram inauguradas escolas de Medicina, localizadas nos estados do Rio de Janeiro e Bahia, onde a Obstetrícia foi adicionada à prática da Medicina, como competência dos cirurgiões (BRENES, 1991).

A primeira maternidade no Brasil foi inaugurada em 1910, na qual as autoridades se dedicaram em transferir a mulher para o ambiente hospitalar com o intuito de estudo e aprendizado (BRENES, 1991). Neste cenário, incluem-se várias práticas intervencionistas e instrumentais, como o uso do fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, entre outros. Portanto, os costumes próprios das mulheres, parturientes e parteiras foram ignorados e, como consequência, as mulheres passaram a procurar por atendimento nas maternidades somente na eminência de uma necessidade (MARTINS, 2005; TORNQUIST, 2004). Diante dessa situação, os médicos solicitaram um auxílio ao governo para que toda gestante ou puérpera fosse obrigada a se cadastrar em uma maternidade para realizar o acompanhamento de sua gestação e parto em um ambiente hospitalar (BRENES, 1991).

Em 1980, iniciou-se o movimento pela humanização do parto e nascimento, com o objetivo de devolver a participação da mulher e diminuir as intervenções propostas pelos médicos. No Brasil, a população mais intelectualizada teve uma maior participação neste movimento (TORNQUIST, 2002).

Na cidade de Fortaleza, em 1985, aconteceu uma conferência que originou a Carta de Fortaleza, onde foram debatidos alguns direitos das mulheres durante a assistência ao parto, como: presença de acompanhante, liberdade de

escolha da posição para o parto, uso de enema, tricotomia, amniotomia, episiotomia e a indução do parto (DINIZ, 2005).

Além disso, foi criada a Carta de Campinas, em 1993, em que foram debatidas as altas taxas de cesarianas e a incompreensível situação de como ocorriam os partos vaginais e suas consequências, como mudanças sociais profundas, aliando-se a tabus, subordinação e manipulação dessas mulheres na sociedade. Dessa maneira, foi criada a Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa), cujo objetivo era atuar efetivamente e associar-se com instituições públicas e privadas, resgatando a maneira natural de parir, aliando-se a uma assistência humanizada durante todo o ciclo gravídico-puerperal (DINIZ, 2005).

4.2 Principais tipos de parto

Segue a descrição dos principais tipos de parto.

4.2.1 Parto normal

O parto normal é designado como um fenômeno que ocorre naturalmente, podendo também ser chamado de parto natural. Para que ele seja classificado como parto normal, deverá estar ausente o uso de procedimentos desnecessários ou intercorrências. Diante disso, no parto e no pós-parto, é necessário manter sempre a atenção para a segurança e respeito da parturiente e da criança, promovendo o bem-estar de ambos (COREN, 2009).

Nesse tipo de parto, considera-se o método natural de nascimento, que mantém a proteção das forças da natureza, onde normalmente a mãe consegue ter seu filho sem problemas. Entre os benefícios proporcionados, estão a recuperação imediata, menor taxa de complicações quando comparado ao parto cesáreo, o favorecimento da amamentação e menores chances de infecção hospitalar. Em contrapartida, a ansiedade da mãe pode estar aumentada devido às dores e preocupações durante o parto (VIANA; FERREIRA; MESQUITA, 2014).

Diante desse cenário, surgiu o projeto de humanização da assistência à parturiente, que inclui todos os momentos do pré-parto, parto e pós-parto, enfrentando a violência obstétrica vista no atual contexto social. Sobre esse projeto, recomenda-se que o parto seja visto como um todo, com a garantia de apoio,

ternura, carinho, valorização e respeito à dignidade da mulher que está sendo contemplada (BARROS, 2011).

Considerando estes aspectos supramencionados, o movimento de humanização no parto determina o uso da tecnologia adequada apenas quando necessário, desagregando as tecnologias que causam danos desnecessários e promovendo uma boa relação entre os profissionais de saúde e gestantes (BARROS, 2011).

No decorrer do pré-natal, é de suma importância que os profissionais de saúde orientem a gestante sobre as opções de controle da dor durante o trabalho de parto e a realização de diferentes práticas que facilitem e contribuam para a boa evolução do trabalho de parto. A gestante precisa ser instruída de que não há motivos para que seja feita uma cesariana com o intuito de impedir as dores no parto, pois com a cirurgia, as complicações e riscos à saúde da mãe e do filho têm o potencial de serem maiores (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

Atualmente, no Brasil, considera-se que o número de partos normais está progressivamente ultrapassando o número de cesarianas, devido ao fato dos profissionais de saúde estarem cada vez mais reforçando a importância do parto humanizado e explanando seus benefícios e vantagens, como, por exemplo, a recuperação imediata (FRELLO; CARRARO, 2010).

4.2.2 Parto cesáreo

O parto cesáreo é um procedimento cirúrgico que foi desenvolvido com o objetivo de salvar a vida da mãe e do filho, principalmente quando surgem algumas complicações ou riscos durante a evolução da gravidez ou do parto. Assim, como qualquer procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos, sendo que no Brasil e em alguns países, está associada a uma maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal (FAUNDES; CECATTI, 1991).

Os motivos que levam os médicos a escolherem a cesariana podem ser justificados em casos de necessidade do procedimento, possibilitando benefícios para a saúde do filho e da mãe, como nas seguintes situações: descolamento prematuro de placenta, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cardiopatia materna, má formação fetal, sofrimento fetal crônico, placenta prévia, rotura uterina, parto com desproporção cefalopélvica verdadeira, eclâmpsia, dentre

outras intercorrências obstétricas. Contudo, o aumento de parto cesáreo sem justificativa não beneficia a mãe e o filho, fato respaldado pelos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define o parto cesáreo como uma das práticas mais frequentes, muitas vezes utilizado de maneira inadequada e desordenada (HADDAD; CECATTI, 2011).

Destaca-se que o parto cesáreo sem indicação precisa está ligado a maiores riscos para a saúde da mãe e da criança. Para a parturiente, aumenta os riscos de intercorrências, como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte materna; e para a criança, há chances de problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia e mortalidade neonatal (SMELTZER; BARE, 2009).

Entre os países que possuem taxas elevadas de cesárea, o Brasil é um deles, com aproximadamente 40% dos partos (HADDAD; CECATTI, 2011). Nesse sentido, é permitido afirmar que a prática do parto normal deve ser estimulada, com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e proporcionar um melhor nascimento (CAMPANA; PELLOSO, 2007).

Conclui-se que a realização do parto cesáreo nem sempre é necessária, e que se deve considerar as particularidades de cada parturiente para uma indicação precisa e segura. Mesmo com as campanhas educativas promovidas pelas políticas de saúde, nota-se a necessidade de fortalecer esta divulgação, buscando por mais conscientização por parte deste público-alvo, para que dados sobre a realização desnecessária de cesarianas sejam reduzidos, fazendo com que as gestantes possam se favorecer das vantagens de um parto natural e saudável (VICENTE; LIMA; LIMA, 2017).

4.2.3 Parto a fórceps

O fórceps é um instrumento designado a segurar a cabeça do feto e tirá-lo do canal de parto. Este parto tem indicações maternas e fetais precisas. Pode ser adotado para reduzir o risco materno quando há limitações funcionais da parturiente ou a necessidade de poupá-la de maior esforço devido à presença de cardiopatias, pneumopatias, tumores e aneurismas cerebrais. As indicações fetais para esse tipo de parto incluem sofrimento fetal durante a expulsão e a interrupção da progressão do trabalho de parto. A continuidade dessas condições pode determinar a morte do

feto ou deixar sequelas incorrigíveis. O sofrimento fetal pode ser identificado por meio da ausculta fetal ou mesmo pelo exame ultrassonográfico (CUNHA, 2011).

Vale acrescentar que o ambiente precisa proporcionar condições de realização da cesárea, pois caso haja falha do uso do fórceps, deve-se iniciar a cesárea. Além disso, a falta das condições de praticabilidade e a inexperiência dos médicos são fatores contraindicados para a realização do parto a fórceps (CUNHA, 2011).

4.2.4 Parto humanizado

O parto humanizado é entendido como um parto respeitoso, individualizado e centrado na mulher. Neste tipo de parto, o médico considera o valor do momento para a mãe, pai e filho, e se propõe a ajudar, executando os procedimentos necessários, garantindo um ambiente agradável e os profissionais de saúde cercando a mulher de forma cordial (DUTRA; MEYER, 2007).

O cuidado humanizado começa com um processo em que a equipe multiprofissional precisa detectar, sentir e interagir com a parturiente e seus familiares, sendo capaz de estabelecer uma relação que respeite a parturiente e seus direitos fundamentais. Para sistematizar a humanização do parto, a equipe multiprofissional precisa seguir e incorporar algumas normas já estabelecidas (PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

Desse modo, no contexto de parto humanizado, é assegurado à parturiente: o direito a um acompanhante para oferecer segurança e apoio; a garantia de receber orientações, detalhando o passo a passo sobre o parto e as técnicas que serão utilizadas com ela e a criança; a administração de líquidos, a fim de evitar hipoglicemias; a livre movimentação durante o trabalho de parto, permitindo a deambulação sem restrições; a liberdade de escolha da posição mais confortável para a realização do parto; relaxamento para diminuição da dor; massagens terapêuticas; banho em temperatura morna ou alguma outra técnica de relaxamento propícia à parturiente; a não realização de toques vaginais indevidos, mas sempre monitorando as contrações e os batimentos cardíacos fetais pela ausculta; contato imediato mãe-bebê logo após o nascimento, estabelecendo precocemente relação de afeto; alojamento conjunto da mãe e da criança; e, por fim, o mais importante, que é o respeito. A parturiente sempre deve ser chamada pelo nome, ter sua

intimidade preservada e suas necessidades emocionais consideradas (PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

É crescente a procura por partos humanizados, especialmente pela classe média, que, geralmente, representa a população que desfruta dos serviços prestados pelos planos de saúde. Além de reduzir custos hospitalares, a implantação do parto humanizado também pode ser vista como um diferencial na qualidade da assistência hospitalar para operadoras de planos de saúde com hospitais próprios (PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

4.3 Violência obstétrica

Em uma crescente linha de raciocínio histórico, desde o ano de 1940, começou a ser implementada a institucionalização do parto, com a intenção de reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil (NASCIMENTO *et al.*, 2019). A violência obstétrica passou a ter maior evidência a partir do final da década de 1950, após a publicação da matéria intitulada “a crueldade nas maternidades” por uma revista americana. Nesta, foram descritas as formas de tratamento desumano, grosseiro e violento recebido por muitas mulheres no referido país. No Brasil, o tema passou a ser discutido no meio acadêmico apenas na década de 1980 e, posteriormente, por integrantes dos movimentos feministas, que passaram a descrever explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta (DINIZ *et al.*, 2015).

O vocábulo “violência obstétrica” foi criado pelo Dr. Rogelio Pérez D’Gregório, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, em 2010. Refere-se ao termo que estabeleceu o movimento em prol da humanização do parto no Brasil, pela supressão e punição dos atos e procedimentos violentos realizados durante o atendimento e assistência ao parto, fundamentando, por conseguinte, a legislação específica que caracteriza a violência obstétrica na Venezuela (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016).

Os atos de violência obstétrica são praticados por profissionais de saúde, em sua maioria, por médicos, relacionados pelo seu conhecimento técnico e científico, por meio de relações hierárquicas e desiguais de poder e autoridade, em um modelo biomédico predominante e patriarcal que desagrega e modifica o poder

feminino sobre seu corpo, tornando-o passivo e regrado (OLIVEIRA et al., 2017; SADLER *et al.*, 2016).

Esse cenário aproxima-se, especialmente, das mulheres de baixo nível socioeconômico e de minorias étnicas, que estão vulneráveis ao poder institucional e profissional, com manifestações opressoras e dominadoras, que modificam a subjetividade feminina como característica essencial para a construção da assistência centrada na mulher e do exercício de sua plena cidadania (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Segundo o dossiê “Violência obstétrica: parirás com dor” (CIELLO *et al.*, 2012), a violência obstétrica pode ser classificada em seis categorias, sendo estas: física; psicológica; sexual; institucional; material; e relacionada à mídia, conforme descrição a seguir:

- Violência obstétrica de caráter físico: representada por práticas e intervenções desnecessárias e violentas, em específico com o corpo da mulher, sem o seu consentimento, além de situações que causem dor ou dano físico, destituídas de evidências ou fundamentação científica, tais como a privação da ingestão de líquidos e alimentos; imobilização de braços ou pernas; tricotomia; manobra de *Kristeller* (procedimento banido pela Organização Mundial da Saúde em 2017); aplicação de soro com ocitocina; cesariana eletiva sem indicação clínica; e negação de acesso aos recursos para alívio da dor, sejam não farmacológicos ou anestésicos.

- Violência obstétrica de caráter psicológico: considerada toda conduta ou comportamento que afete a mulher, gerando sentimentos ou sensações de inferioridade, diminuição da autoestima, insegurança, instabilidade emocional, medo, acuação, enganação, alienação, além da perda de integridade, dignidade e prestígio.

- Violência obstétrica de caráter sexual: se define como qualquer conduta imposta à mulher que cause violação da sua intimidade ou pudor, sobrevindo sobre o autocontrole de sua integridade sexual e reprodutiva, independente do acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Refere-se a práticas de: episiotomia sem prescrição médica; exames de toque invasivos constantes ou agressivos; lavagem intestinal; cesariana sem o consentimento informado; ruptura ou descolamento de membranas sem

consentimento informado; assédio; restrições da posição para o parto; e exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

- Violência obstétrica de caráter institucional: conhecida como atitudes ou formas de organização que venham a interromper, adiar ou atalhar o acesso da parturiente aos seus direitos constituídos, podendo ser essas atitudes ou serviços de caráter público ou privado. Pode-se citar como exemplos: a restrição do acesso aos serviços de atendimento à saúde; o impedimento à amamentação; a exclusão ou violação dos direitos da mulher durante seu período da gestação, parto e puerpério; e a falta de fiscalização das agências reguladoras.

- Violência obstétrica de caráter material: ações e condutas que são conhecidas de formas ativas e passivas com a finalidade de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos estabelecidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica;

- Violência obstétrica referente à mídia: define-se como as ações praticadas por profissionais através dos meios de comunicação, dirigidas a contrair, psicologicamente, mulheres em processos reprodutivos, tais como, desprezo de seus direitos por meio de mensagens, imagens ou outras representações difundidas publicamente, com enaltecimento às práticas cientificamente contraindicadas, para fins sociais, econômicos ou de dominação.

Os profissionais de saúde, no que lhes respeita, apresentam resistência de se identificar como o causador de violência obstétrica em suas diversas formas, transformando a prática em atos naturais, prováveis e necessários, que seriam executados para o “bem” das parturientes e de seus bebês, a fim de legitimar suas ações. Essa forma de agir adultera a violência em seu aspecto ético e moral, criando formas convenientes de praticar e aceitar os atos violentos no cuidado às mulheres no contexto obstétrico. A vulgarização da violência obstétrica, discretamente naturalizada em condutas tidas como “brincadeiras” e “piadas” por profissionais da saúde, é até esperada pelas pacientes, que, socialmente, transmitem essa realidade para outras mulheres como algo normal da vida cotidiana (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Dessa forma, a violência obstétrica ainda se faz presente nos dias atuais, reforçada pela ausência de conhecimento da mulher em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Na realidade, as mulheres são incapazes de identificar se sofreram ou não atos violentos, pois acreditam nos profissionais que direcionam a assistência. Esse aspecto é potencializado pela própria condição de fragilidade física

e emocional que os processos obstétricos provocam. Conseqüentemente, elas recebem os procedimentos sem nenhum questionamento, não demonstram seus desejos, suas dúvidas e, em silêncio, sofrem sem ao menos terem ciência de que foram violentadas (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Portanto, uma intervenção para reverter esse cenário refere-se em informar e esclarecer as mulheres quanto às práticas caracterizadas como violência obstétrica. Desta forma, no contexto da saúde atual, constitui dever dos profissionais de saúde, articular os conhecimentos científicos com os saberes empíricos na busca pela construção de um cuidado integral, humanizado e resolutivo (CECCIM; FERLA, 2007).

4.4 Humanização da saúde, assistência ao parto e legislação pertinente

A seguir, estão relatados aspectos relacionados à história da humanização da saúde; humanização da assistência ao parto; implantação do parto humanizado nos serviços de saúde; e legislação pertinente ao parto humanizado.

4.4.1 Breve histórico da humanização da saúde

No território brasileiro, a humanização do parto é um assunto que vem sendo questionado desde os anos 70 pelas mulheres, que passaram a observar que, “mesmo que a gravidez fosse uma escolha responsável, esta era experimentada em situações de opressão, associada à influência social da maternidade”. Simultaneamente, há também o surgimento de diversos profissionais influenciados por hábitos tradicionais de parteiras e índios. Em meados de 1980, as mobilizações sociais passaram a propor políticas públicas que foram denominadas de “humanização da assistência ao parto” (DINIZ, 2005).

Nessa mesma época, surgiu o movimento dos anos 90 que questionava o modo como as técnicas e condutas na área da saúde aconteciam. Esse evento ficou denominado como humanização da saúde e abordava a evolução da ciência, em parceria com a tecnologia, na instituição de uma prática clínica mais humanizada (LUZIO; MARTINS, 2017).

Convém reforçar que o conceito de humanização não está ligado somente à defesa dos direitos de seus usuários. Este conceito estende-se à disposição dos

serviços de saúde e aos requisitos de trabalho, voltados a melhorar não apenas o convívio interpessoal entre colaboradores da saúde e pacientes, mas também modificar a cultura corporativa por meio da participação coletiva de comprometimento ético para a gestão dos serviços e para as atividades de atenção à saúde (LUZIO; MARTINS, 2017).

Dessa forma, o termo humanização é bem amplo e foi progressivamente difundindo-se no contexto de assistência em saúde, sendo que no ano de 2000, a enorme preocupação centrou-se nas condutas desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As recomendações humanizadoras das propostas buscavam fortalecer e reconhecer os aspectos sociais relativos à saúde. Era um esforço para capacitar os profissionais na execução de suas atividades e torná-los mais aptos e cuidadosos. Deste modo, em 2003, a humanização deixou de ser algo pontual e transformou-se em política do SUS, a Política Nacional de Humanização – PNH, mais conhecida como “HumanizaSUS” (LUZIO; MARTINS, 2017).

4.4.2 Humanização da assistência ao parto

O parto humanizado está direcionado e centralizado na mulher, valorizando sua independência e protagonismo; portanto, é aquele que acontece sem interferências desnecessárias ou não recomendadas pela literatura. A expressão empoderar está relacionada à informação adquirida para o próprio benefício da parturiente, com o intuito de combater qualquer conduta violenta dentro da maternidade e auxiliando-a a entender cada intervenção que será adotada, combatendo a mera reprodução de protocolos médicos (MIRANDA, 2015).

Humanizar o nascimento é adequá-lo aos pais e mães, ou seja, à família e às pessoas envolvidas nesse núcleo. Nesse sentido, preconiza-se que o parto volte a ser considerado como um procedimento fisiológico e feminino, e evidencia-se a importância dos profissionais de saúde no acompanhamento durante o pré-natal, parto e puerpério, de modo a auxiliar a gestante e torná-la um sujeito ativo nas ocorrências referentes ao parto (SEIBERT *et al.*, 2005).

Esses aspectos constituem um grande desafio, pois proporcionar um parto humanizado constitui um esforço conjunto para que essa experiência, antes tão espontânea, ocorra em um ambiente hospitalar, com a incorporação de recursos

tecnológicos e de habilidade humano-científica, aos quais a mulher e o recém-nascido possuem como seus por direito (REIS; PATRÍCIO, 2005).

O termo "humanizar" relaciona-se ao cuidado que parte do reconhecimento dos direitos essenciais das mães e filhos e do direito à tecnologia adequada na assistência. Esse conjunto de demandas abrange o direito à opção de local, pessoas e modelo de assistência ao parto; a prevenção da integridade corporal das mães e das crianças; o respeito ao ato de parir, visto que é uma experiência extremamente pessoal, sexual e familiar; e a proteção contra abuso e negligências. Por conseguinte, o parto humanizado mostra-se como uma garantia para as mulheres de que seus direitos fundamentais se encontram alicerçados e serão respeitados (QUEIROZ; SILVA; JORGE, 2003).

4.4.3 Implantação do parto humanizado nos serviços de saúde

As práticas de assessoramento do parto ao nascimento e as recomendações são classificadas em quatro classes. Na primeira, caracteriza as condutas que precisam ser incentivadas, na eficácia da sua utilidade e consideração à parturiente; na segunda, são aquelas que precisam ser abolidas, por sua característica danosa ou inútil; na terceira, mostra práticas sem evidências consideráveis para apoiar uma indicação e que devem ser utilizadas com ponderação; e, na última, lista procedimentos usados constantemente, porém de forma inadequada (PARADA, 2019).

A primeira classe, denominada de categoria A, indica vinte e duas técnicas consideradas como visivelmente úteis e que precisariam ser empregadas na atenção obstétrica. Fundamentado neste conjunto de procedimentos, o Ministério da Saúde implantou, no ano de 2000, o "Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento", tendo como propósito ingressar as mulheres nos serviços de saúde e humanizar a assistência, assegurando-lhes a qualidade da atenção e estimulando o parto vaginal, com consequente redução dos índices de mortalidade materna no país (PARADA, 2019).

4.4.4 Legislação pertinente ao parto humanizado

Na sociedade brasileira, no transcorrer dos anos, tem-se elaborado diversos programas de políticas públicas destinados à mulher. O acolhimento voltado à saúde materno-infantil transformou-se em objeto de políticas governamentais que foram estabelecidas nos programas de planejamento do governo desde a década de 1920, com a reforma sanitária de Carlos Chagas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A primeira referência aos cuidados específicos direcionados ao grupo materno-infantil surgiu em 1971, no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil. A documentação contou com programas de contribuição ao parto natural, puerpério, gravidez de alto risco, manejo das crianças de 0 a 4 anos de vida e incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 1971).

Em 1978, o Ministério da Saúde, tendo como principal preocupação a prevenção da gestação de alto risco, implantou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR). A finalidade da sua criação foi regularizar os procedimentos de assistência especial e profissional aos riscos reprodutivos e obstétricos; prevenir possíveis gestações futuras, quando indicado; e investigar e tratar a infertilidade ou a esterilidade (BRASIL, 2001). Contudo, este projeto não foi instituído em razão da crise econômica que se intensificava e imposições de grupos com interesses contrários (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No fim da década de 70 e início dos anos 80, surgiu o interesse de grupos organizados por mulheres em entender e conhecer o sistema de atenção concebido pela Unicamp, intitulado de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), assim como transformá-lo em um plano nacional. Estes movimentos de mulheres persistiram tanto que conquistaram a inclusão da educação sexual no conceito da AISM (BRASIL, 1984). Além disso, em 1983, houve a inclusão de sanitaristas, psicólogas, sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades, que culminou no desenvolvimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Todavia, mesmo com todo esforço e a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ainda ocorrem inúmeros casos de violência obstétrica, como consequência, em parte, da falta de independência e empoderamento da mulher na hora da concepção (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Nesse contexto, diversas atividades políticas vêm ocorrendo, apoiadas pelo Estado brasileiro, com o propósito de enfatizar o direito das mulheres alicerçado nas prerrogativas determinadas na primeira Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres: um benefício que deve ser empregado no entendimento e na propagação dos seus direitos específicos e que relacionam-se ao empoderamento de seu próprio corpo (COSTA, 2009).

A Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2011), denominada como lei do acompanhante, introduziu o direito das mulheres à presença de um acompanhante no decorrer do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no SUS. Independentemente do seu não cumprimento em inúmeros hospitais e maternidades, a lei também caracteriza um progresso em benefício do direito das mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2017).

No que se refere ao direito sanitário, é permitido falar que os episódios relativos à violência obstétrica são abordados por algumas leis, portarias e institutos jurídicos que anteveem a responsabilidade civil objetiva (Estado, hospitais públicos e hospitais privados) e subjetiva dos profissionais de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2017).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde instaurou a intitulada “Rede Cegonha” no SUS, por intermédio da Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011, considerando a possibilidade da regionalização e descentralização dos serviços de saúde (artigo 198 caput e inciso I da CF). A “Rede Cegonha” foi estruturada de forma a facilitar o abastecimento constante de ações de atenção à saúde materna e infantil para os indivíduos de determinado território, simbolizando uma importante referência nas políticas de humanização do parto no Brasil (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Contudo, houve uma resistência entre os setores mais conservadores da sociedade e em alguns segmentos médicos, que procuraram desconstruir a ideia de que era necessária uma preocupação diferenciada ao problema inconfundível de violência de gênero. Teve-se como exemplo o despacho do Ministério da Saúde, em 03 de maio de 2019, proibindo o uso do termo violência obstétrica no Brasil. Entretanto, felizmente, o Ministério Público Federal recomendou o prosseguimento do uso da referida expressão (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Com objetivo de possibilitar a atuação apropriada do sistema de justiça contra a violência obstétrica, o Poder Legislativo, em particular, o Poder Legislativo

Federal destaca a importância do cumprimento legal das diretrizes estabelecidas. Além disso, diversos estados e municípios já promulgaram leis visando a segurança das mulheres no parto e puerpério, assim como a caracterização da violência obstétrica (MARQUES, 2020).

4.5 A pandemia da Covid-19 e a violência obstétrica

Devido à pandemia da Covid-19, houve um aumento brusco de mortes maternas, representando uma taxa de mortalidade de 12,7% na população obstétrica brasileira. Esse dado foi obtido através de uma pesquisa, na qual 978 mulheres grávidas ou no período puerperal apresentavam a doença e, dentre elas, ocorreram 124 mortes (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

De acordo com Sadler, Leiva e Olza (2020), estão sendo implementadas intervenções e restrições no parto em consequência da Covid-19 que são desnecessárias, que não apresentam evidências científicas e que não evitam e/ou diminuem as chances da contaminação do vírus, impactando diretamente na violação dos direitos humanos. Com isso, estabelecem condutas caracterizadas como violência obstétrica, realizadas sem a indicação obstétrica, como cesarianas ou partos acelerados e/ou instrumentais, e a proibição do acompanhante no trabalho de parto.

O estudo desenvolvido por Takemoto *et al.* (2020) também relata alguns fatores contribuintes para a elevada taxa de mortalidade no Brasil, como a falta de recursos para administrar cuidados críticos e de emergência, o atendimento pré-natal de baixa qualidade, altas taxas de cesarianas e a violência obstétrica.

4.6 A atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto

Diante do contexto do parto natural e humanizado, o fisioterapeuta surge como um profissional apto a auxiliar a equipe neste processo, contribuindo com seus saberes e conhecimentos na diminuição das dores do trabalho de parto e do momento da concepção (CRUZ *et al.*, 2020).

Em grande parte das vezes, a assistência profissional ao processo parturitivo é ainda organizada em favor das necessidades das instituições e não das parturientes, cujo foco centra-se em monitorar e controlar os riscos inerentes ao

parto. Ao assumir o ato de gestar e parir como um evento biopsicossocial, naturalmente são adotadas medidas que permitem que essa mulher participe ativamente de todo o processo, o que favorecerá a promoção à saúde, a proteção ao nascimento e tornará essa experiência mais prazerosa para a mulher (BAVARESCO *et al.*, 2011).

Embora com a progressiva implementação nos serviços devido à grande contribuição na prática e das evidências científicas crescentes e robustas de sua atuação, infelizmente, a presença do fisioterapeuta no acompanhamento do trabalho de parto ainda não é algo comum em nossa sociedade e nem incluso de rotina no sistema de saúde vigente. Porém, este profissional pode enriquecer este momento com o trabalho de conscientização corporal, que possibilitará à mulher se apropriar da situação com outra percepção e segurança quanto ao seu potencial de parir. Isso lhe trará mais tranquilidade em um momento de tantas inseguranças, dúvidas e incertezas (CRUZ *et al.*, 2020).

A tranquilidade também será importante para lidar com a dor presente no trabalho de parto e no parto, a qual é uma barreira difícil de ultrapassar, mas não impossível, tanto para a mulher quanto para os membros da família. Neste tocante, o fisioterapeuta pode auxiliar a mulher a ressignificar sua dor, atuando desde o pré-natal com instruções sobre as alterações uterinas necessárias para que ocorram as dilatações progressivas, até fornecer suporte contínuo durante o parto ao lembrá-la que a dor de cada contração estará lhe aproximando do momento tão aguardado de ver o rosto do seu bebê (CRUZ *et al.*, 2020).

A calma é algo desejável no enfrentamento da dor e, por isso, o ideal é que a mulher tente se manter serena e relaxada durante o trabalho de parto. Há evidências científicas mostrando que usar métodos naturais e não farmacológicos para diminuir a dor é o melhor para a mãe e o bebê, delatando inclusive efeitos danosos dos medicamentos e anestésias utilizados para diminuir a sensação dolorosa. Quando a anestesia não é adequadamente realizada, as mulheres, ao serem anestesiadas, podem perder o controle sobre músculos importantes ao ato de parir, o que as impossibilitam de atuar ativamente no processo de parto, gerando a frustração de não conseguir colaborar por ter o domínio de seu próprio corpo prejudicado neste momento crucial (BAVARESCO *et al.*, 2011).

Além deste suporte contínuo, pensando também no conforto e controle da dor e na tomada de consciência corporal, o fisioterapeuta poderá eleger recursos

não farmacológicos com os objetivos de favorecer a progressão do trabalho de parto, promover analgesia e proporcionar melhor qualidade no processo de parto e nascimento.

4.6.1 Deambulação e adoção de posturas verticais

A mulher em trabalho de parto deve ser orientada a dar voz ao seu corpo: ouvi-lo e perceber qual movimento será mais oportuno para o que está sendo vivenciado. É comum o desejo de movimentar-se, e pesquisas apontam que o ato de deambular e a posição de cócoras estão associados à ação da gravidade e à ampliação do canal de parto. As posturas verticais também auxiliam na contratilidade da musculatura lisa uterina que fica mais efetiva, muito provavelmente devido à melhor irrigação sanguínea que proporcionam quando comparadas ao decúbito dorsal por tempo prolongado, pois se previne a oclusão da artéria aorta e da veia cava, evitando o indesejável sofrimento fetal mesmo em um período expulsivo prolongado (BAVARESCO *et al.*, 2011).

O ato de movimentar-se da mãe possibilita um melhor encaixe do bebê à pelve materna, e várias são as posturas que podem ser estimuladas pelo fisioterapeuta no trabalho de parto, por exemplo, sentada, quatro apoios, ajoelhada, segurando-se a uma corda presa ao teto ou a uma barra, inclinada para frente apoiada em uma parede, posição de *Simms* (decúbito lateral esquerdo) ou cócoras sustentada. Estas posturas irão proporcionar um maior relaxamento do assoalho pélvico, canal do parto e, também, da musculatura dorsal, além de auxiliarem na diminuição do uso da analgesia quando utilizadas no primeiro e no segundo estágios do trabalho de parto (BAVARESCO *et al.*, 2011).

Outra forma de promover um relaxamento global da mulher para além do assoalho pélvico, consiste no uso da bola suíça. O fisioterapeuta pode auxiliar a mulher a realizar exercícios na bola suíça associados aos exercícios respiratórios, acalmando a futura mãe e trazendo consciência para o momento vivenciado. Assim, a bola suíça é mais uma opção confortável de posição vertical que pode ser assumida durante o trabalho de parto (OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

A importância da adoção da postura vertical é tamanha que há evidências científicas de que diminui os seguintes aspectos relacionados ao parto: o período expulsivo; o uso de ocitócitos na indução e na condução do trabalho de parto

normal; o uso da episiotomia; a sensação dolorosa no momento do nascimento; e o índice de partos instrumentalizados, que são os que utilizam fórceps, ventosas ou espátulas pelo médico para diminuir o período expulsivo quando a mãe, por algum motivo, fica impossibilitada de ajudar ativamente, ou no caso de haver sofrimento fetal (ROMERO-MORANTE; JIMÉNEZ-REGUERA, 2010).

Desse modo, devido às vantagens potenciais da deambulação e das posturas verticais, é fundamental que as mulheres conheçam a gama existente de posições e suas implicações, para que sua escolha no momento do parto seja realizada de forma segura e que melhor lhe convier (FREITAS *et al.*, 2017).

4.6.2 Fisioterapia respiratória

O ensino da respiração diafragmática deve ser feito no período pré-parto, para que a gestante possa se familiarizar com essa prática e executá-la durante o trabalho de parto, visando desviar o foco da dor e otimizar a sua oxigenação e a do bebê. O importante é que ela saiba usar adequadamente os músculos responsáveis pela respiração e, não necessariamente, executar uma técnica específica (BAVARESCO *et al.*, 2011).

O fisioterapeuta pode orientar a mulher a respirar profundamente entre as contrações, o que lhe proporcionará maior relaxamento e calma, além de treinar simulando o período expulsivo, fazendo com que a mulher fique mais confiante no momento do parto e saiba atuar com maior efetividade, evitando a manobra de Valsalva (REBERTE; HOGA, 2005).

4.6.3 Eletroterapia

A estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) é mais um recurso eletroterapêutico que pode ser utilizado pelo fisioterapeuta para diminuir a dor no trabalho de parto. Esse recurso atua sobre os mecanismos das comportas medulares, por meio da inibição da chegada do impulso doloroso ao sistema nervoso central e do aumento da liberação de opioides endógenos (FREITAS *et al.*, 2017).

Os estudos indicam a sua colocação com um par de eletrodos na região paravertebral, na altura de T8 a L1; e outro par de eletrodos na região sacral, de S1

a S4, áreas que correspondem aos receptores nociceptivos relacionados ao primeiro e segundo estágios do trabalho de parto. Os parâmetros dependerão do estágio do trabalho de parto e da sensibilidade da parturiente, sendo que, geralmente, orienta-se que entre as contrações os parâmetros de intensidade e frequência sejam diminuídos e aumentados no momento da contração (BAVARESCO *et al.*, 2011; ROMERO-MORANTE; JIMÉNEZ-REGUERA, 2010).

É importante ressaltar que, apesar do TENS ser o recurso não farmacológico mais estudado para o controle da dor durante o trabalho de parto, os seus efeitos ainda são inconclusivos. Contudo, na prática clínica, é possível perceber a importância e a efetividade do seu uso (FREITAS *et al.*, 2017).

4.6.4 Massoterapia

A massagem terapêutica proporciona diversos efeitos benéficos no organismo, tais como melhora da circulação sanguínea, melhora da oxigenação dos tecidos, relaxamento, diminuição da dor e da ansiedade, bem-estar, apoio emocional e equilíbrio do sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático (BAVARESCO *et al.*, 2011).

Não há uma regra quanto à forma de se realizar a massagem na parturiente; entretanto, deve-se respeitar os locais nos quais ela se sinta confortável para receber as manobras. Geralmente são aplicados deslizamentos superficiais na região de baixo ventre; amassamentos na região lombar e na região sacroilíaca; e deslizamento profundo na região sacrococcígea em direção à crista ilíaca e sobre a região paravertebral (BAVARESCO *et al.*, 2011; ROMERO-MORANTE; JIMÉNEZ-REGUERA, 2010).

4.6.5 Banho quente

A água morna também constitui um recurso com potencial para auxiliar na redução da dor no trabalho de parto, além de atuar diminuindo a atuação simpática, a partir da modificação da condução do impulso nociceptivo.

Posicionar a gestante para receber a água morna do chuveiro sobre as suas costas diminui a dor lombar, queixa presente em um terço das gestantes no primeiro estágio do trabalho de parto. O banho de imersão atua positivamente na

duração do primeiro estágio do trabalho de parto, na frequência e duração das contrações uterinas, no controle da dor e na diminuição da administração de fármacos, além de permitir que a parturiente e seu acompanhante participem mais ativamente do processo (SILVA; OLIVEIRA, 2006).

Como abordado, muitas são as possibilidades para o fisioterapeuta atuar em benefício da mulher que está vivenciando a gestação, o parto ou o puerpério, que constituem momentos do ciclo vital feminino entremeados por significativas mudanças e incertezas para grande parte das mulheres. É importante frisar que a atuação do fisioterapeuta não é restrita apenas ao momento do trabalho de parto, devendo estender-se ao período puerperal com o objetivo de favorecer o retorno do corpo às condições pré-gravídicas e evitar o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico, como incontinência urinária, incontinência anal e disfunções sexuais (BAVARESCO *et al.*, 2011; ROMERO-MORANTE; JIMÉNEZ-REGUERA, 2010).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo refere-se a uma revisão narrativa de literatura desenvolvida com o objetivo de identificar a contribuição da fisioterapia na assistência ao parto para a autonomia materna e enfrentamento da violência obstétrica.

Os estudos incluídos e as informações obtidas permitiram identificar os esforços direcionados à discussão da violência obstétrica, as dificuldades encontradas quanto à elaboração e instituição da legislação pertinente, além das conquistas obtidas ao longo do tempo pela mulher, tanto no pré-parto como no parto e puerpério.

Os autores relataram a importância do nascer fisiológico, ou seja, mais natural e com um mínimo de intervenções possível (BAVARESCO *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2017). Entretanto, para que isso seja contemplado, é essencial a valorização do binômio mãe-filho e o reposicionamento da parturiente no centro do acontecimento: suas necessidades devem ser ouvidas e suas angústias devem ser acolhidas.

O fisioterapeuta adentra no contexto da humanização da assistência obstétrica, contrariando ações caracterizadas como violência obstétrica, como um profissional que oferece suporte às demandas da parturiente com especificidade, desde o início da gestação até o puerpério e amamentação. No trabalho de parto e parto, dispõe de diversos recursos terapêuticos, com base em evidências científicas, para agregar aos cuidados disponibilizados à mulher na assistência obstétrica. A cinesioterapia, com várias possibilidades de posições e movimentos que auxiliam no controle da dor, bem como o estímulo à movimentação espontânea pela parturiente, prezando a deambulação e a adoção de posturas verticais (BAVARESCO *et al.*, 2011), além do uso da bola suíça (OLIVEIRA; CRUZ, 2014). A massoterapia que, neste momento, perpassa a técnica para além dos efeitos de relaxamento no organismo para transformar-se no toque que acalenta, que conforta, que fortifica, quando usada no momento oportuno (BAVARESCO *et al.*, 2011). Os agentes eletroterápicos, em especial o TENS, muito citado por autores como um recurso seguro e com boa resposta terapêutica no manejo da dor (BAVARESCO *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2017; ROMERO-MORANTE; JIMÉNEZ-REGUERA, 2010), além dos

recursos térmicos como os banhos quentes (SILVA; OLIVEIRA, 2006) e a crioterapia (FREITAS *et al.*, 2017).

A fisioterapia respiratória que ensinará a respiração diafragmática à gestante, antes mesmo do trabalho de parto, e ajudará, inclusive, a mudar o enfoque na dor e ansiedade vivenciada pela situação. Vale acrescentar o suporte contínuo ofertado pelo fisioterapeuta à parturiente, especialmente no segundo estágio do trabalho de parto, ou seja, no período expulsivo (BAVARESCO *et al.*, 2011; ROMERO-MORANTE; JIMÉNEZ-REGUERA, 2010).

É possível elencar também alguns recursos terapêuticos provenientes das terapias integrativas e complementares presentes no SUS, que podem agregar ao trabalho do fisioterapeuta e equipe e na edificação de um ambiente agradável e acolhedor, como, por exemplo, a aromaterapia, que consiste no uso terapêutico de óleos essenciais originários de plantas aromáticas, e o próprio ioga, com todas as suas possibilidades de posturas (*ásanas*) e exercícios respiratórios (*pranáyámas*) que poderão ser aplicados no momento adequado.

Contudo, apesar desta gama de recursos terapêuticos e alternativos voltados ao alívio de dor e conforto da parturiente, nem todos os centros obstétricos ou maternidades dispõem dessas opções terapêuticas e profissionais capacitados e habilitados em aplicá-los. Nesse sentido, mais esforços devem ser direcionados para que a atuação do fisioterapeuta seja consolidada na assistência obstétrica em nível nacional, incluindo o parto e todas as particularidades do ciclo gravídico-puerperal.

O presente estudo teve como pontos fortes aprofundar e condensar em um único documento vários aspectos inerentes ao tema violência obstétrica, que constitui alvo de amplas discussões e incertezas nos últimos tempos. Além disso, contextualizou como a fisioterapia tem o potencial de atuar com grande especificidade durante o trabalho de parto e parto, contrapondo práticas consideradas como violência obstétrica e fortalecendo a humanização da assistência obstétrica.

Nesse contexto, convém ressaltar a importância do trabalho desenvolvido pelo SUS, o HumanizaSUS, um programa que oferece maior acolhimento e segurança à família, reforçando que a mulher deve ser protagonista e independente, com todos os seus direitos reservados por lei (MIRANDA, 2015).

A forma responsável e humanizada de abordar e lidar com o trabalho de parto protege a mulher da intolerável violência obstétrica, desconhecida por muitos,

mas que todos, em especial os profissionais da saúde envolvidos neste movimento do nascer natural, tem o dever moral e ético de combater. A mulher segura, consciente de suas necessidades, vontades, limitações e forças, só terá a ganhar com a fisioterapia obstétrica, bem como o bebê, que terá assegurado o seu direito de nascer e ser recepcionado de forma amorosa e agradável. Esta abordagem contribuirá para a tão almejada redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Nesse sentido, esforços devem ser direcionados para que as informações concernentes à violência obstétrica e estratégias de combatê-la sejam disseminadas à população, pois quanto mais conhecimentos consubstanciados a parturiente tiver acesso, mais segura e empoderada se sentirá no decorrer de todo o processo. Além disso, é essencial a atuação de uma equipe multiprofissional competente e integrada, com a participação do fisioterapeuta, para que a humanização da assistência obstétrica, seja no âmbito do sistema de saúde público ou privado, contemplando sua integralidade.

6 CONCLUSÃO

A atuação do fisioterapeuta no momento do parto contribui para a humanização da assistência obstétrica e, conseqüentemente, na redução de práticas caracterizadas como violência obstétrica, pois contribui para tornar o ambiente agradável e respeitoso, e favorece o bem-estar da parturiente e familiar.

O fisioterapeuta é considerado como um profissional habilitado a integrar a equipe multiprofissional durante o processo de parto e nascimento, contribuindo com seus saberes e conhecimentos na diminuição das dores do trabalho de parto e do momento da concepção. Estratégias como deambulação, adoção de posturas verticais, liberdade de posição e movimento, exercícios respiratórios, eletroterapia, massagens terapêuticas, banhos quentes e crioterapia são recomendados no controle da dor, auxiliam no relaxamento da parturiente e favorecem a progressão do trabalho de parto.

Infelizmente, a inserção do fisioterapeuta no acompanhamento do trabalho de parto ainda não é algo frequente em nossa sociedade; todavia, os dados reportados neste estudo demonstram a importância das intervenções propostas pelo fisioterapeuta no sentido de favorecer a segurança, a liberdade, a autonomia e o empoderamento da parturiente para vivenciar esse momento tão natural e peculiar, contribuindo para a qualidade da assistência obstétrica.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. L. F. Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 5, n. 2, p. 496-504, mar./abr. 2011. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4385/1/PERCEPTION%20OF%20HEALTH%20PROFESSIONALS%20AND%20WOMEN%20ABOUT%20TYPE%20OF%20DELIVERY%20LITERATURE%20REVIEW.pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

BAVARESCO, G. Z. *et al.* O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kfHngdBpNFz7JXNF4fvzdLt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1971. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. **Projeto de Lei N.º 7.867, de 2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AC09E88E486EE2C6AC480F5277D5BCDB.proposicoesWebExterno1?codteor=1574562&filenome=Avulso+-PL+7867/2017. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.135-149, abr./jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n.1, p. 51-63, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7135/5048>. Acesso em 05 maio. 2021.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. *In*: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/Abrasco, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=386109&indexSearch=ID>. Acesso em: 05 maio 2021.

CIELLO, C. *et al.* **Dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

COELHO, J. A.; ANDRADE, A. F. D.; ALMEIDA, B. V. Violência obstétrica: a agressão silenciosa nas salas de parto. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p. 719-740, jan./jun. 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22182/17104>. Acesso em: 31 mar. 2021.

COREN. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? **Revista Enfermagem**, São Paulo, ano 10, n. 81, jul. 2009. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/revista_enfermagem_julho_2009_0-1.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/x7HVb8dmB9wRHNC3JgJT6yQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

CRUZ, C. B. *et al.* Recursos fisioterapêuticos aplicados no trabalho de parto natural humanizado: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 41, p. 1-8, mar. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2731/1484>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, São Paulo, v. 39, n. 12, p. 549-554, dez. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2021.

DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso: 22 abr. 2021.

DUTRA, I. L.; MEYER, D. E. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 215-222, 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3166/1737>. Acesso em: 31 mar. 2021.

FAUNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9xcHKxSZG77NTJTzqCG6zmy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

FIOROTTI, K. F. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e0810017.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

FREITAS, A. S. *et al.* Atuação da fisioterapia no parto humanizado. **DêCiência em Foco**, Rio Branco, v. 1, n. 1, p. 18-29, 2017. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/15/10>. Acesso em: 18 set. 2021.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 660-668, 2010. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>. Acesso em: 05 maio 2021.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 252-262, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n5/a08v33n5.pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

LANSKY, A. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n8/2811-2824/pt>. Acesso em: 31 mar. 2021.

LUZIO, C.; MARTINS, C. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface**, Bocucatu, v. 21, n. 60, p. 13-22, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/g5QhYLCVmhdkmbkySCTRbC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MARIANI, A. C.; NASCIMENTO NETO, J. O. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Caderno da Escola de Direito**, Curitiba, v. 2, n. 25, p. 143-157, 2016. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060/2630>. Acesso em: 22 abr. 2021.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/YtrhHLXVGJZQc59GmKGMMth/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

MENDES, K. A. **A caracterização da violência obstétrica na assistência prestada à parturientes em um hospital de ensino em Campo Grande, Mato Grosso do Sul**. 2018. 63 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2018. Disponível em: <https://inisa.ufms.br>. Acesso em 22 abr. 2021.

MIRANDA, J. Z. **Violência Obstétrica**: uma contribuição para o debate acerca do empoderamento feminino. Marília, p. 1-11, 2015. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf. Acesso em: 10 jun. de 2021.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/twSzNppPXN3VkmJyyDRsfDg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 8 ago. de 2021.

NASCIMENTO, S. L. *et al.* Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 37, p. 66-79, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n37/1409-4568-enfermeria-37-66.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

OLIVEIRA, L. M. N.; CRUZ, A. G. C. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 175-180, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/16698/12924>. Acesso em: 18 set. 2021.

OLIVEIRA, T. R. *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 1, p. 40-46, jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11876/14328>. Acesso em: 18 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

PARADA, C. M. G. L. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 1-2, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/w9NjtPShP8F7Yfp9ShXbZDh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 ago. de 2021.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 391-400, jul./set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a08v13n03.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

PINHEIRO, Y. T. *et al.* Análise teórico-conceitual da violência obstétrica: um enfoque na realidade do Brasil. *In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE*, 2020, João Pessoa-PB. **Anais IV CONBRACIS**. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/72125>. Acesso em: 29 mar. 2021.

PORTO, A. A. S.; COSTA, L. P.; VELLOSO, N. A. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Tecnologia**, Cruz Alta, v. 1, n. 1, p. 12-19, 2015. Disponível em: <http://www.revistaeletronicaocs.unicruz.edu.br/index.php/CIENCIAETECNOLOGIA/article/view/284/528>. Acesso em: 31 mar. 2021.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 80-88, 2009. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf. Acesso em: 28 maio 2021.

QUEIROZ, M. V. O.; SILVA, A. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado de enfermagem à puerpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectiva de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 18, n. 1/2, p. 29-37, jan./ago. 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3869/2834>. Acesso em: 22 abr. 2021.

REBERT, L. M.; HOGA, L. A. K. O Desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 186-192, jun. 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/gTk46nQYfqhG6XmbSkyZ6sL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun. de 2021.

REIS, A. E, PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 221-230, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6wSGwh6vsNMnqh5S7SzrB3F/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

ROCHA, F. R. *et al.* Análise da assistência ao binômio mãe-bebê em centro de parto normal. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49228/pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

RODRIGUES, F. A. C. *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1413208716300723?token=79239B4FF597CA230903175BD1D2A6157EC4E733A2EDBB4D2899B9902FB7A8ED031292F094003172217E01C786BCA8EB&originRegion=us-east-1&originCreation=20211223140559>. Acesso em: 18 abr. 2021.

ROMERO-MORANTE, M. E JIMÉNEZ-REGUERA, B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto, **Fisioterapia**, Murcia, v. 32, n. 3, p. 123-130, 2010. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0211563809001989?token=12032A3B995ADBC6A86ED24F0F65B0A2855EACE42B1BECADA314573C0E2F42477AE3FC408A52AB2CDEA7A91E695ED01B&originRegion=us-east-1&originCreation=20210927151633>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SADLER, M. *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive Health Matters**, London, v. 24, n. 47, p. 47-55, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2016.04.002>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SADLER, M.; LEIVA, G.; OLZA, I. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. **Sexual and Reproductive Health Matters**, London, v. 28, n. 1, p. 46-48, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7888052/pdf/ZRHM_28_1785379.pdf. Acesso em: 05 ago. 2021.

SANTOS, L. G. “**A arte de Partejar**”: das parteiras tradicionais à medicalização do parto no Amazonas (1970-2000). 2016. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em História, Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5446>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violence against women: interfaces with health care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 3, n. 5, p.

11-26, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SEIBERT, S. L. *et al.* Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, maio/ago. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-413374>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 57-63, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Bd78JSgmgBHN5j73jHwVj7c/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/MDwjZz9qf3P5KyWKNPbVDsC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth** - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, New York, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 05 ago. 2021.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2021.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 429 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Ilha de Santa Catarina, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAll>. Acesso em: 05 maio 2021.

VIANA, L. V. M.; FERREIRA, K. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 134-148, ago./dez. 2014. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245/431>. Acesso em: 05 maio 2021.

VICENTE, A. C.; LIMA, A. K. B. S.; LIMA, C. B. Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 4, p. 24-35, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.